

O-3-17

失神発作と両下肢脱力で発症し、脳卒中疑いで搬送された急性心筋梗塞の一例

伊勢赤十字病院 初期臨床研修

○世古口知丈、説田 守道、刀根 克之

今回我々は虚血性脳卒中として搬送された患者に対し、迅速に急性冠症候群の診断を下し適切な治療を施行し得た症例を経験したので報告する。

【症例】76歳男性

【主訴】失神発作、両下肢脱力

【現病歴】2016年3月某日16:00、自家用車に乗ろうとしたところ眼前暗黒感、両下肢脱力が出現。そのまま倒れ意識消失している所を発見された。救急隊16:33知覚、16:37現着、接触時苦悶様症状、発汗、両下肢運動・感覚麻痺が認められ脳卒中疑いで救急搬送となった。10:48現発、車内にて脈拍不整、心電図上で徐脈、ST上昇が認められた。

【経過】16:57来院時意識清明。胸痛は無く冷汗・両下肢の疼痛とチアノーゼが著明、四肢動脈の触知困難、モニター心電図ではST上昇が認められた。17:0112誘導心電図施行、完全房室ブロック、II III aVF誘導でST上昇、心臓超音波検査で下壁・後壁の壁運動低下と心嚢水貯留が認められた。大動脈解離の鑑別のため17:18造影CT施行。大動脈解離は無いが腎動脈分岐部以遠に腹部大動脈の完全閉塞が認められた。17:50アンギオ室入室。右機背動脈アプローチで冠動脈造影。右冠動脈#3完全閉塞、前下行枝#7 99%閉塞。今回の責任病変と思われる#3に対し血栓吸引・ステントを留置した。CCU入室直後に輸液負荷と昇圧剤を使用したものの後の経過は良好で第18病日に退院となった。なおも残存狭窄病変として右冠動脈#4PD 75%、主幹部#5 75%、前下行枝#7 99%があるためCABと下肢動脈バイパス術を予定されている。

【考察】本症例では下肢慢性動脈閉塞が以前からあり、そこへ急性下壁心筋梗塞が発症し、心拍出量低下に伴い脳血流と側副血行路から流れる下肢血流の低下により本症状が出現したものと考えられた。脳卒中が疑われる症例では、本症例の様な非典型的な症状がみられた場合、心大血管病変も考慮すべきであると再認識された。

O-3-19

ペースメーカー植込み後、気管支鏡にて右気胸を合併した1例

伊勢赤十字病院 初期臨床研修医¹⁾、伊勢赤十字病院 呼吸器内科²⁾

○小西 栄^{1,2)}、井谷 英敏²⁾、黒木 崇子²⁾、笹野 元²⁾、杉田 貴紀²⁾、近藤 茂人²⁾、谷川 元昭²⁾

【背景】気胸は、ペースメーカー植込み術や気管支鏡に伴う合併症として有名である。しかし、それぞれの手法における気胸の発生率は5%以下である。今回、ペースメーカー植込み術後、気管支鏡により右気胸が生じた1例を報告する。

【症例】81歳女性

【現病歴】約1カ月前からの脱力感を主訴に近医受診し、3度房室ブロックを指摘され当院に紹介された。当院初診時の胸部X線写真にて左中肺野に腫瘍陰影を認めたが、まずはペースメーカー植込みを優先した。ペースメーカー植込み5日後、腫瘍精査加療目的で当科入院となった。

【経過】入院当日、気管支鏡(EBUS-GS法)施行。左上葉腫瘍に対してwithinを確認後、肺生検を実施し、特に合併症なく終了した。肺生検病理診断にて腺癌の診断を得た。気管支鏡実施2日後のCTにて軽度右気胸と心嚢内のfree airを認めた。保存的治療にて気胸と心嚢内free airは改善した。

【考察】本症例は、右心耳内に留置されたペースメーカーの鋭利なリードの先端が、気管支鏡時の咳嗽反射の影響もあり右気胸の原因となったと考えられる。若干の文献的考察を含め報告する。

O-3-21

AT3欠損症を合併した骨盤臓器脱患者に全身麻酔を施行した1症例

岐阜赤十字病院 麻酔科

○野竹 純平、山田 忠則

先天性アンチトロンビン3欠損症(以下、AT3欠損症)は常染色体優性遺伝の疾患で血栓症発症のリスクが健常人の10倍以上である。今回、AT3欠損症患者の骨盤臓器脱に対し、全身麻酔下に腔閉鎖術を施行した症例を経験したので報告する。症例は65歳女性、骨盤臓器脱に対し、腔閉鎖術を予定した。既往歴に発作性心房細動、多発脳動脈瘤、脳梗塞、AT3欠損症があり、チクロピジンを服用していた。術前検査でAT3活性は60%と低下が確認された。術前7日前からチクロピジンを休薬、ヘパリン12000単位を持続静注した。AT3製剤の術前投与は施行しなかった。前投薬はなく、プロボフォル、レミフェンタニル、フェンタニルで麻酔導入し、クロウムで筋弛緩を得て、LMA(スプリーム#4)を留置した。プロボフォル、レミフェンタニルで麻酔を維持した。術中はヘパリンを投与しACT150秒前後で管理した。手術終了後、意識、自発呼吸の回復を確認、LMAを抜き、麻酔終了とした。術後3日目までヘパリンを持続投与し、4日目からチクロピジン内服を開始した。血栓症発症はなく、術後7日目に無事退院となった。しかし、退院から10日目に脳梗塞を発症した。保存的治療で回復している。AT3欠損症は常染色体優性の遺伝性疾患で、本症例は、抗原量は正常だが阻害活性に異常を認めるType2であった。抗原量、活性共に低下するType1に比べ血栓症の発症率は低いが注意を要する。Type1の報告は散見しか、術中の抗凝固療法とAT3製剤の術前投与が推奨されることが多い。しかし、Type2の報告は検索し得た限りでは無かった。また過去の脳梗塞との因果関係は不明で、輸血歴もないため本症例ではヘパリンによる抗凝固療法のみを施行した。周術期の血栓症発症に対してもうまく対応し得たが、退院後の脳梗塞発症を考慮すると、他科との連携に反省点があると思われた。

O-3-18

深部静脈血栓から肺塞栓と奇異性塞栓を同時に起こした一例

熊本赤十字病院 診療部¹⁾、熊本赤十字病院 循環器内科²⁾

○河野 里奈¹⁾、伊藤 彰彦²⁾、清水 博²⁾、高江 将史²⁾、木山 卓也²⁾、吉村 拓巳²⁾、洲上俊一郎²⁾、角田 隆輔²⁾

症例は60歳の女性で熊本地震後に1日間車中泊をしていた。朝、車外に出た際に呼吸困難感を自覚、その後耳鳴り、めまいも出現し救急要請となった。来院時、当院は災害モードで対応中で、本患者は黄ブースに振り分けられた。心電図異常を認め、肺塞栓を疑い造影CTを行ったところ、両側肺動脈と下肢静脈に血栓像を認めた。めまい・耳鳴りの症状から小脳梗塞が疑われたが震災の影響でMRIが施行できず、当日の頭部CTでは異常を認めなかったが、過去に2回脳梗塞の既往があり、症状が持続していたため脳梗塞を強く疑った。まずはヘパリンとワルファリンにて治療を開始し、入院翌日も頭部CTを施行した。その結果、右後下小脳動脈領域に梗塞像を認めた。その後は脳梗塞と肺塞栓の治療を並行して行った。脳梗塞に対しては、エタラボン、グリセオールを開始し、肺塞栓に対しては、ヘパリン、ワルファリンで加療を開始し、PT-INR2.0-3.0となるようにワルファリンを調整した。入院10日目の造影CTにて肺動脈と下肢静脈の血栓の消失を認めた。脳梗塞に対しては入院5、8日目に頭部CTを行い、梗塞像に著変なくリハビリにて加療した。めまい、耳鳴りの症状は改善傾向を認めたが、歩行時のふつきあり体幹失調が持続しているため近医へ転院、リハビリ継続となった。また、60歳で3回の脳梗塞既往あることから、奇異性塞栓疑って経胸壁心エコーを行い、心房中隔欠損症を認めた。更に経食道エコーを行ったところ、1次孔欠損を疑う所見であった。大きさは1-2mm程度であり、手術は施行せずワルファリンでの治療を継続することにした。今回、深部静脈血栓を期に肺塞栓と心房中隔欠損症を介し奇異性塞栓を同時に起こしたまれな1例を経験したので報告した。

O-3-20

動悸を契機として診断に至った心臓原発悪性リンパ腫の1例

諏訪赤十字病院 教育研修センター

○恵志真理子、水澤 舞、内山 倫宏

【諸言】悪性リンパ腫は大半の病型において標準治療が確立しており、診断後の治療方針は明確であることが多い。一方で節外病変のみの症例では診断に難渋する場面が多いのも現状である。今回我々は動悸を契機として診断に至った心臓原発悪性リンパ腫の症例を経験したので報告する。

【症例】79歳、女性。15年前に胃悪性リンパ腫(びまん性大細胞型リンパ腫)にて胃全摘を施行。

【主訴】動悸、体動時の息切れ。

【現病歴】平成XX年9月末より動悸および体動時の息切れを主訴に数回に渡り当院総合診療科を受診した。心房細動を背景とした慢性心不全との判断にて経過観察をされていたが、徐々に症状の増悪を認め、又画像検査にて多量の心嚢液貯留を認めたことから循環器内科に入院となった。CTにてはその他に心膜腔に不整な軟部構造を認め、心膜由来の腫瘍性病変が疑われた。心嚢液中の細胞数が増加していたことから心嚢液中細胞のセルブロックを作成し、免疫染色にて悪性リンパ腫との診断に至った。心嚢液細胞の表面マーカー解析にて単一細胞集団の存在を証明できた。病型診断よりも治療開始が優先されると判断し、速やかに化学療法を施行することにより短期的には顕著な治療効果を認める。治療後半年程度で再燃を認め、姑息的化学療法あるいは放射線治療にて現在も治療中である。

【考察】心臓原発の悪性リンパ腫は極めて稀であり、又組織診断が困難であることも多い。病勢増悪を短期間に認める際には特に血液悪性疾患は鑑別の上位に挙がることから、本症例のように画像検査あるいはその他の診断につながるあらゆる検査を駆使して迅速に診断することが必須とされる。診断過程での教訓も含めて報告する。

O-3-22

UCの寛解期に不明熱にて発症したANCA関連腎炎の一例

熊本赤十字病院 診療部

○緒方 聖友、濱之上 哲、押川 英仁、上木原宗一

【症例】31歳女性

【現病歴】30歳時に潰瘍性大腸炎(UC)と診断されPSL+5-ASA+G-CAP療法で寛解導入後、6か月前から5-ASA単独で寛解維持されていた。2週間前からの発熱・倦怠感・腹痛の精査目的で入院となった。

【入院後経過】原疾患増悪を疑い全大腸内視鏡検査をしたが、粘膜所見からは寛解と判断された。微熱と炎症反応上昇は持続したが、診察上は異常所見を認めなかった。追加検査でMPO-ANCA陽性で、蛋白尿と潜血尿を伴う軽度の腎機能悪化がみられたため、腎生検を施行した。フィブリノイド壊死を伴う半月体形成性糸球体腎炎を認め、免疫蛍光染色でも沈着はなく、ANCA関連腎炎と診断した。PSL+MTXにて寛解導入を行い、炎症反応や蛋白尿の改善を認め良好に経過した。

【考察】UCにANCA関連腎炎を合併した症例を経験した。炎症性腸疾患ではp-ANCAがしばしば陽性となるが、対応抗原は通常MPOとは異なる抗原とされる。本症例ではMPO-ANCAが陽性であり、かつpauci-immune型の半月体形成糸球体腎炎が認められたため、ANCA関連糸球体腎炎と診断した。炎症性腸疾患とANCA関連血管炎の合併に関しては稀だが、報告例はいくつかある。炎症性腸疾患の経過中に原疾患では説明のつかない全身症状や炎症反応、臓器所見が出現した場合にはANCA関連血管炎を含む血管炎の可能性も考慮する必要がある。